

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTÁNDAR PARA LA TARJETA DE DESCUENTO DE RECETAS MÉDICAS APROBADA POR MEDICARE



Nombre del patrocinador de la tarjeta de descuento:	Nombre del producto:
Tarifa de inscripción:	Número de CMS de identificación del patrocinador:

PASO 1: RESPONDA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

- Tengo la Parte A o B de Medicare. Sí No
- Tengo** el beneficio de receta médica para paciente ambulatorio del programa Medicaid de mi estado. Sí No

Si respondió SI a AMBAS afirmaciones, continúe con el PASO 2.

Si respondió NO a una de las afirmaciones anteriores, probablemente no reúna los requisitos para participar en este programa. Por favor lea la primera página de las instrucciones o llame al patrocinador de la tarjeta de descuento que ha seleccionado y solicite ayuda.

PASO 2: COMPLETE ESTA INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre	Iniciales del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social	Número de identificación de Medicare		Número de teléfono (con código de área)		

Paso 3: Lea toda la información

Divulgación de información: Al presentar mi solicitud de inscripción en la tarjeta de descuento aprobada por Medicare, autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) a informar a la compañía de la tarjeta de descuento si cuento con los beneficios de seguro de hospital de Medicare (Parte A) o el seguro médico suplementario (Parte B).

De la misma manera, doy mi consentimiento para que el programa estatal Medicaid o cualquier otra agencia que posea información sobre mi persona le entregue a CMS o a sus agentes los datos que sean necesarios para que determinen si reúno los requisitos para obtener la tarjeta de descuento de recetas médicas.

Proceso de revisión: Tengo entendido que mi solicitud será considerada independientemente de mi raza, color de piel, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o ideología política. Es de mi conocimiento que al firmar esta solicitud acepto que los estados, las agencias federales o sus contratistas lleven a cabo una investigación o revisión completa de mi solicitud para determinar si cumplo con los requisitos. Si se solicita, también acepto proporcionar los documentos que sean necesarios para confirmar que la información en esta solicitud esté completa y sea exacta. Si no tengo dichos documentos, acepto dar el nombre de la persona u organización que pueda entregar o divulgar la información necesaria.

Al firmar, usted certifica que ha leído y comprendido la información contenida en este formulario de inscripción. Si no puede firmar, un representante lo puede hacer por usted. En conformidad con la ley federal, cualquier persona que retenga información o proporcione información falsa para recibir asistencia a la que no tiene derecho, estará sujeta a multas, encarcelamiento o am-bos. Comprendo las preguntas de esta solicitud y certifico, bajo sanción por falso testimonio, que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y cabal a mi mejor saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Devuelva este formulario de inscripción completado al patrocinador de la tarjeta de descuento de recetas médicas que haya seleccionado

NOTA: Si desea solicitar la tarjeta de descuento aprobada por Medicare, y un crédito de hasta \$600 para pagar sus recetas médicas, por favor llene y devuelva el formulario CMS-20016-B si vive en uno de los 48 estados, el formulario CMS-20016-D si vive en Alaska, o el formulario CMS-20016-C si vive en Hawai.